

SOLICITUD PARA SERVICIOS SOCIALES

Información:

Al solicitante – Este formulario está sujeto a verificación. Retenga su copia de su solicitud completada. Con respecto a su número de Seguro Social, es obligatorio que usted proporcione su número(s) de Seguro Social como lo requiere la Sección 42 del Código de los Estados Unidos (USC) 405 y la Sección 30-769.71 del Manual de Prácticas y Procedimientos. Esta información se usará para determinar la elegibilidad y coordinar información con otras oficinas públicas.

Instrucciones: Todos los solicitantes tienen que completar las siguientes secciones.

Fecha de la solicitud:	Número del caso (si se conoce):
------------------------	---------------------------------

Sección 1 – Información Personal

Nombre:	Número de Seguro Social:	
Dirección:	Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Teléfono:
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Masculino Femenino

Sección 2 – Información sobre los veteranos

¿Es usted veterano? Sí No	¿Es el esposo(a)/hijo de un veterano? Sí No
Si la respuesta es “Sí”, proporcione el nombre del veterano y el número del reclamo:	

Sección 3 – Información sobre los Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI)/Pagos Suplementarios del Estado (SSP)

¿Recibe beneficios de SSI/SSP?	Sí	No
Si la respuesta es “Sí”, marque la clase de arreglos de su vivienda: Vivo independientemente Cuarto y comida Hogar de otro		
Servicios que se están solicitando:		

Sección 4 – Información sobre los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) en el pasado

¿Ha recibido Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) en el pasado? Sí No	
Si la respuesta es “Sí”, complete lo siguiente. Fecha y condado donde se recibió el servicio la última vez:	
Total de horas por mes:	Nombre que se usó (si es diferente al de arriba):

Sección 5 – Información sobre el hogar

Anote los miembros de la familia en el hogar:

Nombre del: Esposo/esposa Padre/madre Otro pariente	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
Nombre del: Niño Otro pariente	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
Nombre del: Niño Otro pariente	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
Nombre del: Niño Otro pariente	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
Nombre del: Niño Otro pariente	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:

Sección 6 – Información sobre el origen étnico y el idioma

La ley requiere que se reúna información relacionada al origen étnico y el idioma primario. Si usted no completa esta sección, el personal de servicios sociales tomará una determinación. La información no afectará su elegibilidad para el servicio.

<p>A. Mi origen étnico es:</p> <p>(Vea la página 9 para una lista de grupos étnicos)</p>	<p>B. Hablo y entiendo inglés:</p> <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>Si no es el inglés, mi idioma primario es:</p> <p>(Vea la página 10 para una lista de idiomas)</p>
---	--

Sección 7 – Adaptaciones de la comunicación

Para hacer las adaptaciones apropiadas para los solicitantes ciegos o con discapacidades visuales, la información de IHSS ahora está disponible en los siguientes formatos alternativos. Por favor indique cual formato prefiere, si es que aplica. El proveer información en esta sección no afectará su elegibilidad para los servicios.

Soy ciego:	Sí	No
------------	----	----

Si la respuesta es “Sí”, por favor elija uno de los siguientes para cada uno de los tres tipos de documentos enumerados del DSS.

Para Notificaciones de Acción:	No se necesitan adaptaciones
Braille	CD de audio
CD de datos	Apoyo del Condado
(Si necesita apoyo del Condado, describa el apoyo requerido)	
Para formularios requeridos por IHSS:	Apoyo del Condado
Braille	CD de audio
CD de datos	No se necesitan adaptaciones
(Si necesita apoyo del Condado, describa el apoyo requerido)	
Para reportes de horas trabajadas:	Apoyo del Condado
Sistema telefónico (4 dígitos del RAN:)	
No se necesitan adaptaciones	
(Si necesita apoyo del Condado, describa el apoyo requerido)	

Tengo discapacidades visuales:	Sí	No
--------------------------------	----	----

Si la respuesta es “Sí”, por favor elija uno de los siguientes para cada uno de los tres documentos enumerados de DSS.”

Para Notificaciones de Acción: Apoyo del Condado Letra tamaño18 CD de audio CD de datos No se necesitan adaptaciones
(Si necesita apoyo del Condado, describa el apoyo requerido)
Para formularios requeridos por IHSS: Apoyo del Condado Letra tamaño18 CD de audio CD de datos No se necesitan adaptaciones
(Si necesita apoyo del Condado, describa el apoyo requerido)
Para reportes de horas trabajadas: Letra tamaño18 Apoyo del Condado No se necesitan adaptaciones
(Si necesita apoyo del Condado, describa el apoyo que necesita, incluyendo servicios para ciegos solamente)

Sección 8 – Afirmación

Afirmo que la información anterior es verdadera según mi leal saber, entender y creencia. Estoy de acuerdo en cooperar completamente si en el futuro se requiere verificación.

También entiendo que como empleador de mi proveedor de IHSS, soy responsable de:

- 1) Contratar, entrenar, supervisar, preparar un horario y, cuando sea necesario, despedir a mi proveedor(es).
- 2) Asegurar que el total de horas que reporten todos los proveedores que trabajen para mí no sean más que el límite de horas autorizadas de IHSS para cada mes.
- 3) Enviar a cualquier persona que yo quiera contratar a la Oficina de IHSS del Condado para que complete el proceso de elegibilidad para proveedores.
- 4) Notificar a la Oficina de IHSS del Condado cuando contrate o despida a un proveedor.

Además, entiendo y estoy de acuerdo con los siguientes términos y limitaciones relacionados con el pago por servicios del Programa de IHSS:

- 1) Para que una persona reciba pago del Programa de IHSS, tiene que ser un proveedor elegible y aprobado de IHSS.
- 2) Si elijo que una persona trabaje para mí y dicha persona no ha sido aprobada como proveedor elegible de IHSS, yo seré responsable de pagarle a él/ella si es que no es aprobada.
- 3) El Programa de IHSS no pagará por ningún servicio que se me haya proporcionado hasta que mi solicitud de servicios sea aprobada y luego solamente pagará aquellos servicios que estén autorizados por el Programa de IHSS para que yo los reciba.

- 4) Yo seré responsable de pagar cualquier servicio que yo reciba y que no esté incluido en mi autorización de IHSS.

También entiendo y estoy de acuerdo en cooperar con lo siguiente como parte de mi elegibilidad para IHSS:

Para promover la integridad del Programa, es posible que reciba visitas no anunciadas a mi hogar y que yo, o mi proveedor(es), reciba cartas identificando preocupaciones relacionadas a los requisitos del Programa. Dichas cartas serán enviadas por el Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud (DHCS), el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS), y/o el condado en donde yo reciba servicios.

El propósito de las visitas y las cartas es asegurar que los requisitos del Programa se estén cumpliendo y que los servicios autorizados sean necesarios para que usted permanezca en su hogar de una manera segura. La visita también verificará que los servicios autorizados se estén proporcionando, que la calidad de esos servicios sea aceptable, y que el bienestar de usted esté protegido.

Si se descubre que los servicios del Programa de IHSS no se requieren o no se están proporcionando adecuadamente, es posible que usted y/o su proveedor estén sujetos a una investigación de fraude de Medi-Cal (Asistencia Médica de California). Si se comprueba un fraude, usted y/o su proveedor serán enjuiciados por fraude en Medi-Cal.

Sección 9 – Firma(s)

Firma del solicitante:		Fecha:
Firma del representante del solicitante (si aplica):		Fecha:
Relación/parentesco del representante con el solicitante (solo si aplica):	Número de teléfono del representante (solo si aplica):	
Dirección del representante (solo si aplica):		

Para reportar alguna sospecha de fraude o abuso del suministro o recibo de servicios de IHSS, por favor llame a la línea de información acerca del fraude, 1-800-822-6222, envíe un correo electrónico a stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov , o vaya al sitio web <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>

(SOLO PARA USO DE LA OFICINA) FOR AGENCY USE ONLY

Income Eligible:		Status Eligible:		Verification:
Yes	No	Yes	No	
Signature of Social Worker or Agency Representative:				Telephone Number:
Recipient Status:		Source of Verification for Refuge or Entrant Status (explain):		
Refugee				
Cuban/Haitian Entrant				
Neither				

Códigos para los grupos étnicos:

- | | |
|---|----------------|
| 1. Blanco. | J. Japonés. |
| 2. Hispano. | K Coreano. |
| 3. Negro. | M. Samoano. |
| 4. Otro asiático o isleño del Pacífico. | N. Indú. |
| 5. Indígena americano o nativo de Alaska. | P. Hawaiano. |
| 7. Filipino. | R. Guameño. |
| C. Chino. | T. Laosiano. |
| H. Camboyano. | V. Vietnamita. |

**Códigos para los
idiomas:**

- | | |
|---|----------------|
| O. Idioma americano de señas (AMISLAN o ASL). | E. Armenio. |
| 1. Español – Se enviará la notificación en español. | F. Ilocano. |
| 2. Cantonés. | G. Mien. |
| 3. Japonés. | H. Hmong. |
| 4. Coreano. | I. Laosiano. |
| 5. Tagalo. | J. Turco. |
| 6. Otro que no es inglés. | K. Hebreo. |
| 7. Inglés. | L. Francés. |
| 9. Español – se enviará la notificación en inglés. | M. Polaco. |
| A. Otro idioma de señas. | N. Ruso. |
| B. Mandarín. | P. Portugués. |
| C. Otros idiomas chinos. | Q. Italiano. |
| D. Camboyano. | R. Árabe. |
| | S. Samoano. |
| | T. Tailandés. |
| | U. Farsi. |
| | V. Vietnamita. |